Rok XXVIII. Kraków, 28 Września 1889. Nr. 39.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BOSSOWSKI: O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń. Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia dnia 15-go lipca b. r. (C. d.) — II. PODGÓRSKI: Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w szpit. św. Łazarza w Krakowie za czas od 1 Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889. (Dok.) — III BOGDANIK: Z praktyki sądowolekarskiéj. Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowéj względuie kregosłupa. — IV. *Oceny i sprawozdania. Patologija.* MERING i MINKOWSKI: Moczówka cukrowa po wyłuszczeniu trzustki. — SCHUCHARDT: O przyrodzie ozeny wraz z kilku uwagami o przemianie przybłonka. — *Farmakologija.* GLAY i SCHLAGDENHAUFFEN: Koronilina, nowa trucizna sercowa. — ALT: Badania nad wydzielaniem podskórnie wstrzykniętéj morfiny przez żoładek. — LINDENBORN: O ditiosalicylanie sodowym II. — *Chirurgija.* EISELSBERG: O przeszczepianiu skóry według Thierscha. — ANGERER: Uwagi o rozpoznawaniu i leczeniu zwężenia odźwiernika. — HACKER: O transplantacyi świeżych płatów skóry w celu pokrycia większych ubytków skóry, szczególnie po oparzeniach. — THIERSCH: O wyrywaniu nerwów. — *Choroby oczne.* AHLFELD: O zapobieganiu zakaźnym chorobom oka w pierwszym tygodniu życia. — *Choroby uszne.* HEIMANN: Przypadek wyrośli kostnéj ucha zewnętrznego. — *Choroby kobiece i położnictwo.* DÜHRSSEN: O krwotokach poporodowych. — WIEDOW: O ropnicach miednicy. — FLEISCHMANN: Przyczynek do nauki o miednicy lejkowatéj. — *Choroby skórne i weneryczne.* HALLOPEAU: Angina pectoris syphilitica. — V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku. (C. d.) — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 15-go lipca b. r.
przez

Dra Aleksandra Bossowskiego,
I. Asystenta kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 38).

Dłuższy czas przez sposoby anaplastyczne wyparta metoda autoplastyczna, a polegająca na pokrywaniu ubytków płatami na szypulkach przeniesionemi z odległych okolic ciała, dzięki Maasowi odrodziła się w nowéj, ulepszonéj swéj formie. Podczas gdy jednak długi okres od zawiązku téj metody nacechowany był przeszczepianiem płatów skóry uszypułkowanych na ubytki dopiero w chwili, gdy oddzielone od dna macierzystego pokryły się należycie ziarniną, a skutkiem tego też przykurczyły się znacznie, Maas niezrażony niepowodzeniem, które innym przypadło w udziale, z pomyślnych prób Thierscha, Wooda i innych biorąc otuchę, udoskonalił sposób autoplastyczny, przenosząc świeże płaty na szypułkach z dalekich okolic, aby zastąpić niemi braki zrządzone zniszczeniem części miękkich. Nie małą pomocą w udoskonaleniu téj metody były mu gruntowne badania Thierscha nad zmianami anatomicznemi w przebiegu przyrastania skóry na powierzchniach ziarninowych.

Gdy już autoplastyka z okresu przeszczepienia płatów brodawkujących wyliczyć może nie mało pomyślnych wyników, jak to dowodzą przypadki Thierscha, Billrotha, Gussenbauera, Czernego i wielu innych, właściwy jéj rozkwit datuje się jednak dopiero od chwili, w któréj Maas, przez ścisłe zestawienie prawideł i określenie warunków postępowania, wytknął dla niéj zasadnicze podstawy. Bez jasno wyrażonych prawideł stosowana przedtem metoda zyskała teraz na pewności skutku, czas potrzebny do osiągnięcia wyniku transplantacyi skrócił się niepomiernie i stało się możliwem pokrycie rozległych nawet ubytków skóry, w inny sposób nieulecznych, z utrzymaniem dotkniętego cierpieniem członka, a nadto z przywróceniem prawie normalnych stosunków w miejscu przeszczepionego płatu skórnego. Postępowanie swe Maas ujął w szereg reguł, które w streszczeniu tu przytoczę:

1. Część ciała, z któréj płat skórny wycięty ma posłużyć do przeszczepienia, winna być nieruchomo i to najlepiéj za pomocą opatrunku gipsowego w położeniu najdogodniejszem dla chorego ustalona w pobliżu ubytku, o którego plastyczne pokrycie się rozchodzi.

2. Dno ubytku lub owrzodzenia należy pozbawić górnego miękkiego pokładu ziarniny tak, aby pozostała jedynie dolna warstwa z zbitéj tkanki łącznéj złożona, w któréj równolegle ciągnąca się sieć naczyń sprzyja przyrośnięciu przeszczepionego płatu.

3. Płat wyciętym być winien w kierunku przebiegu naczyń, chociażby przez to narażony być miał nawet na znaczniejsze skręcanie po przeniesieniu go na ubytek.

4. Szew łączący płat z brzegiem ubytku, jako też zetknięcie płatu z dnem odświeżonem mają być dokładne.

5. Szczególnéj uwagi wymaga zabezpieczenie niepołączonéj części płatu, t. j. szypułki i ubytku, od wyschnięcia i następowego obumarcia, jako też gnilnego zakażenia i w tym celu Maas osłania te części gazą pokrytą pokładem maści borowéj i przestrzega prawideł antyseptyki tak w czasie operacyi, jakoteż przy opatrywaniu, niepodlegającemu zresztą zmianie aż do chwili stosownéj dla przecięcia szypułki.

6. Przecięcia zupełnego szypułki przeszczepionego płatu można dokonać bez obawy między 10—14-dniem, wówczas należy do reszty przyrośnięty do dna płat połączyć szwem z brzegami ubytku. Czas ten od wykonania plastyki aż do przecięcia szypułki skrócił Maas do 7 i 9 dni w przypadkach następnych, które omówił na XIV. kongresie chirurgów w Berlinie, utrzymując zresztą w całéj mocy szereg poprzednio wytkniętych prawideł dla ulepszonéj swym sposobem autoplastyki. Wyniki osiągnięte przez Maasa wywołały żywsze zajęcie się

metodą przezeń udoskonaloną i pobudziły niebawem do podjęcia dalszych prób w tym kierunku, uwieńczonych pomyślnym skutkiem, które na drodze rozszerzenia jéj zakresu i dla jéj rozwoju cenne przyniosły już zdobycze.

Nicoladoni, Czerny, Saleer ogłaszają szereg pomyślnie zakończonych przypadków, a Wagner pierwszy użył téj metody do pokrycia świeżych, drogą obrażenia powstałych ubytków, aby zapobiedz następczemu przykurczeniu blizn.

Hacker z kliniki Billrotha opisuje między innemi przypadek rozległych blizn pod kolanem wynikłych z oparzenia, w którym stosując metodę autoplastyczną sposobem Maasa, wykroił z klatki piersiowéj długi płat o 2 szypułkach i po pod takowy przeciągnął stopę i podudzie aż do kolana, gdzie w dole podkolanowym spoczął odżywiony z dwóch stron płat. Postępowanie powyższe pozwala na wycięcie długich a wąskich płatów, gdzie niedostateczne odżywienie przez jedną szypułkę grozi obumarciem tychże a zarazem umożliwia pokrycie ubytków kończyn dolnych płatami przeniesionemi z klatki piersiowéj. Doświadczenie, które wyniósł Hacker z leczonych przez się metodą autoplastyczną chorych, upoważnia go do wyrażenia nadziei, że przez przyrośnięcie przemieszczonego płatu tylko brzegiem do zadanéj umyślnie rany na kończynie, możnaby — z klatki piersiowéj albo grzbietu — w okolice odległe, nie dające się zbliżyć do tułowiu, przemieścić płaty skórne, urządziwszy dla nich stacyję przystankową w miejscu takiem, skąd przeniesienie dalsze na ostateczne ich siedlisko nie przedstawia żadnéj trudności. To błąkanie się płatu na krętych drogach, zanim stanie u kresu z góry ubytkiem mu wskazanego, które Hacker równie do płatów o podwójnéj szypułce odnieść pragnie, uważać należy za przedłużenie wędrówki dawnéj już znanéj, a na bliskie obliczonéj przestrzeni, którą zalecał również Obaliński i z pomyślnym skutkiem w przypadku uporczywego owrzodzenia na pięcie przeprowadził. Razem z rozszerzeniem wędrówki płatów leczenie rozległych wrzodów zwłaszcza podudzia zyskuje nowy cenny sposób do pokrycia skórą przeniesioną z tułowia obszernych ubytków, dla których kończyna druga dostatecznego materyjału dostarczyć nie jest w stanie.

Prawidła autoplastyki ułożone przez Maasa nieznacznéj dotąd doczekały się zmiany i w zasadniczych swych punktach stanowią do dnia dzisiejszego wzór postępowaniu temu wytknięty. W miejsce płatków powleczonych maścią borową dla ochrony szypułki od zasychania i obumarcia, użył Hacker gazy jodoformowéj posmarowanéj waseliną, łącząc w ten sposób antyseptyczną własność gazy jodoformowéj z działaniem odwilżającem waseliny.

Konieczność zupełnego unieruchomienia części, na którą płat ma być przeszczepiony, w pobliżu miejsca pierwotnéj jego siedziby, jako niezbędny warunek pomyślnego wyniku autoplastyki według postępowania Maasa nie straciła dotąd swego znaczenia, i tylko sposób tego unieruchomienia nieco się zmienił, znajdując przynajmniéj w przypadkach transplantacyi płatów na kończynę górną dostateczną pewność w ustaleniu za pomocą wałków i poduszek z waty zbitéj, umocowanych zwojami opasek miękkich i opasek organtynowych nakrochmalonych.

W szeregu przypadków z owrzodzeniami na kończynach górnych, które dzięki łaskawéj życzliwości czcigodnego mego kierownika prof. Rydygiera miałem sposobność w tutejszéj leczyć klinice, według metody autoplastycznéj przez Maasa udoskonalonéj, bez wyjątku wynik okazał się zupełnie pomyślnym, mimo że do unieruchomienia kończyny w pobliżu brzucha, skąd płat skórny w celu przeszczepienia go na ubytek kończyny górnéj stale we wszystkich przypadkach został wycięty, posługiwałem się wyłącznie opatrunkiem z poduszek i wałków waty podpierających kończynę i umocowanych tężejącemi zwojami opasek nakrochmalonych. Czy ten sposób unieruchomienia również na kończynach dolnych okaże się wystarczającym? nie można stanowczo rozstrzygnąć, w każdym jednak razie trudniejsze znajdzie on tu dla siebie warunki do spełnienia poruczonego sobie zadania.

Metoda autoplastyczna ulepszona przez Maasa ogranicza niezawodnie liczbę przypadków owrzodzeń i ubytków na kończynach, przedtem za nieuleczne uważanych, lub zniewalających do odjęcia kończyny, pomimo to jednak wobec nader rozległych i w głąb szerzących się wrzodów podudzia, o dnie i brzegach wskroś zwyrodniałych, liczyć się ona musi z niezmiernemi trudnościami w wykonaniu i natrafia na znaczne przeszkody, zagrażające niepomyślnym przebiegiem, a często *a priori* wynik jéj nie obiecuje powodzenia. W tych razach zadanie wytknięte autoplastyce powierzają swym metodom helkoplastycznym Keetley i Rydygier. Płatu dla pokrycia rozległego wrzodu podudzia dostarczają obie te metody z podeszwy stopy skazanéj na odjęcie. Podczas gdy jednak Keetley po otwarciu stawu skokowego od grzbietu stopy wyłuszcza kość piętową na wzór metody Symego, Rydygier w swéj osteodermo-plastycznéj amputacyi przepiłowuje na wzór Pirogowa kość piętową i zyskuje przez to z jednéj strony dłuższy kikut, z drugiéj zaś zabezpiecza w ten sposób płat podeszwowy od obumarcia, grożącego mu po wyłuszczeniu kości piętowéj, skutkiem przecięcia tem samem licznych naczyń odżywczych. Dostateczna długość płatu uzyskanego z podeszwy, stałe usadowienie szypułki w pobliskiéj okolicy ubytku podudzia, który ma być plastycznie pokrytym i możność złączenia płatu na szerokiéj powierzchni z dnem i brzegami ubytku winny ułatwić w tych rozpaczliwych przypadkach rozległych wrzodów podudzia przyrośnięcie płatu i wyleczenie w ten sposób owrzodzenia z utratą stopy, niezbyt dotkliwą dla chorego, któremu podudzie ocalić i przywrócić do pracy się udało. Z dwóch przypadków leczonych sposobem Rydygiera w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, w jednym przyrośnięcie płatu podeszwowego, mimo nader niekorzystnych warunków, na podudziu powiodło się szczęśliwie, w drugim większa część płatu przeszczepionego uległa obumarciu, a wynik ten ostatni lubo niepomyślny może chwilowo zachwiać, ale nie zdoła jeszcze obalić téj metody helkoplastycznéj. Znaczniejsza liczba obserwacyi pozwoli dopiero wyrzec stanowcze słowo, co do wartości sposobu tego, któremu przyznać należy, że zmierza do oględnéj ochrony i troskliwego zabezpieczenia wykrojonego z podeszwy płatu i z tego powodu śmieléj i z większą ufnością na udatny wynik zabiegu plastycznego liczyć może.

II. Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w szpit. św. Łazarza w Krakowie za czas od 1 Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889.

Podał
Dr. Czesław Podgórski
Sekund. Szpitala.

(Dok. Patrz Nr. 38).

Jeszcze ciekawszy jest następujący przypadek:

Jan Puszkasz l. 28, szewc z Mielca, ma cierpieć na oczy od 9 miesięcy a choroba zaczęła się od oka lewego.

26. I. Stan obecny: Powieki surowiczo obrzękłe, zaczerwienione. Spojówki rozpulchnione, silnie nastrzykane a na powiekach górnych widać dość liczne, małe, żółtawe ziarna jaglicowe. Górną połowę obu rogówek pokrywa łuszczka w naczynia dość obfitująca, podczas gdy w $^1/_3$ dolnéj widać powierzchowne ubytki o dnie czystem, otoczone białawo szarym naciekiem. Nastrzykanie rzęskowe szczególnie od dołu znaczne. Tęczówki okazują zmianę barwy, źrenice wąskie nie oddziaływają należycie na światło, przy ucisku nad ciałkiem rzęskowem lekka bolesność. V pr. o. liczy palce 1·75 m., l. o. 2 m. Zastosowano: Przemywanie rozczynem sublimatu, ciepłe okłady, atropinę.

28. I. Ubytek w rogówce prawéj powiększył się przez rozpad nacieku w obwodzie.

30. I. Podobnie stało się na oku lewem, dno jednak wrzodów czyste. Pozostano przy powyższem leczeniu, a już 6. II. ubytki poczęły się pokrywać przybłonkiem a nacieki zmalały. Wydzieliny ciągle ilość duża, zaczęto więc przyżegać rozczynem azotanu srebrowego a wydzielina zmniejszyła się, stan się poprawił, tak że od 12. II. poczęto stosować kamień niebieski, ale już 15. II. w dolnéj części rogówki wystąpiły na nowo dość głębokie nacieki, bóle wróciły, zastosowano więc leczenie jak 26. I a do 19. II. stan się o tyle poprawił, że można było zaniechać ciepłych okładów a przejść do azotanu srebrowego; gdy jednak i przy tym środku stan po paru dniach zaczął się pogorszać, niejako z konieczności zwrócono się do boru z taniną a przy używaniu go stan na obu rogówkach i spojówkach poprawiał się ciągle tak, że 16. III. spostrzegano: „ziarna jaglicowe w znacznéj części ustąpiły, nacieki w rogówce prawie całkiem znikły, zostawiając powierzchowne białawe plamki. V. pr. o. = 6/36, l. o. = 6/24."

Gdy jednak po niejakim czasie stan już daléj nie poprawiał się, spróbowano kamienia niebieskiego, ale już następnego dnia, t. j. 21. III. z powodu świeżego zaostrzenia odrzucono go a przy atropinie i proszku Wicherkiewicza tak szybko polepszenie trwałe nastąpiło, że chory nie chcąc dłużéj zostać otrzymał do miejscowego lekarza polecenie zasypywania boru z taniną, z wzmianką o zachowaniu się w obec *Cupr. sulf.* Wychodząc miał V. pr. = 6/24, l. = 6/12.

Z powyższych dwóch historyj chorób widać dowodnie, iż niektórzy na jaglicę cierpiący chorzy okazują niejako idyjosynkrazyję czasową lub trwałą względem siarkanu miedziowego a nawet azotanu srebrowego, a lekarz widzi się zniewolonym obejrzeć się za innym środkiem. W takich przypadkach również jak i pod koniec leczenia, kiedy spojówka okazuje już tylko nieliczne ziarna jaglicowe a natomiast w znacznéj części uległa już zbliznowaceniu, zwlaszcza jeżeli równocześnie są i na rogówce zmiany, polecić możemy, oparci na własnem doświadczeniu, zasypywanie kwasu borowego i garbnikowego.

Zapaleń pryszczykowych spojówkowo-rogówkowych leczono 16cie i to przeważnie z ciężkiemi powikłaniami. Z tych w 6ciu przypadkach chorzy widzieli tylko jednem okiem, gdyż na drugiem w skutek podobnéj choroby było albo *Phthisis corneae* albo *leucoma adhaerens totale*. Z powikłań wymieniamy: Głębsze nacieki rogówkowe z owrzodzeniem spostrzegano 3 razy, łuszczkę 4 razy, wrzód z przebiciem i opadnięciem tęczówki 3 razy a zapalenie przewłoczne tęczówki z zamknięciem źrenicy raz. We wszystkich przypadkach przy zwykłem leczeniu przebieg był dobry, w przypadkach z przebiciem rogówki i opadnięciem tęczówki wkraplano 2% Pilocarp. i stosowano opaskę uciskową a w wszystkich przypadkach nastąpiło zabliźnienie szybkie i płaskie. Raz tylko z powodu *iritis pl. chron.* przeniesiono chorego do iridektomii na klinikę.

Przypadków śluzotoku ostrego spojówki (*Conj. gonorrh.*) leczono stosunkowo dużo, bo 5 u kobiet, 4 u mężczyzn. W siedmiu przypadkach cierpieli chorzy sami równocześnie na rzeżączkę cewki lub pochwy, w dwóch, u matki i córki, choroba przeniesioną została z męża téj ostatniéj dotkniętego rzeżączką ostrą cewki.

Dwaj tylko chorzy zgłosili się z zajęciem oka jednego i u obu przez założenie natychmiastowe opatrunku ochronnego na oko zdrowe, uchroniono je od zakażenia. W jednym z nich i w dwóch innych, gdzie oba oczy były zajęte, ale gdzie rzeżączka części rodnych, wywołująca zakażenie, była już przewlekła, był przebieg o tyle łagodniejszy, że zdołano uchronić w zupełności rogówki, przepłukując worek spojówki bardzo często rozczynem sublimatu 1 : 5000, stosując dzień i noc bez przerwy okłady lodowe za pomocą przyrządu Leitera i przyżegając spojówkę raz na dzień energicznie 2 do 3% rozczynem azotanu srebrowego.

W pozostałych 6ciu przypadkach przyszło mimo takiege samego leczenia i mimo kilkakrotnie powtarzanych skaryfikacyj jużto do wrzodów rogówkowych z przebiciem i opadnięciem tęczówki, już też nawet do zaniku rogówki. W leczeniu opadnięcia tęczówki oddawała nam i tu pilokarpina wielkie usługi, wywołując płaskie zabliźnienie tak, że tylko w jednym przypadku musiano się uciec do odcięcia wydętéj świeżéj blizny. W jednym tylko przypadku téj ciężkiéj choroby, w którym pacyjentka zgłosiła się dopiero w trzecim tygodniu jéj trwania, z rogówkami prawie w całéj rozciągłości ropnie naciekłemi, mimo tenotomii mięśnia prostego górnego i następowéj optycznéj iridektomii ku górze, uzyskano tylko taki wynik, że chora z trudnością sama chodzić mogła, zresztą wychodzili chorzy ze wzrokiem w takim stanie, iż mogli się oddawać swéj zawodowéj pracy.

W trzech przypadkach oparzenia wapnem zapobieżono wytworzeniu się *symblepharon* przez rozrywanie, z początku 2 razy, późniéj raz dziennie ciągle świeżo tworzących się zrostów i wcieranie w spojówkę waseliny z miałkim jodoformem, tak że chorzy po paru tygodniach z bliznami spojówkowemi opuszczali szpital, a jeden prócz tego okazywał w całéj dolnéj połowie rogówki jednostajne miąższowo białawe zaćmienie, które nie ustąpiło mimo środków wyjaśniających.

Raz spostrzegano u ośmioletniéj Helci Pfisterówny uczennicy, sprawę chorobową w obec któréj musiano poprzestać na rozpoznaniu: *Oedema inflammatorium conjunct. bulbi sinistr. idiopathicum.* Dla niezwykłego przebiegu przytoczę historyję jéj choroby: Chora podaje, że przed dwoma tygodniami oko lewe bez żadnéj wiadomej przyczyny poczęło ją boleć i zaraz potem „zapuchło". 31. VIII. Stan obecny: Powieki, zwłaszcza górna oka lewego, silnie obrzękła. Po rozwarciu powiek okazuje się spojówka gałkowa znacznie jednostajnie przekrwiona i chemotycznie obrzmiała, na spojówce powiekowéj żadnych zmian prócz siatkowatego nastrzykania. Rogówka, przed. kom. i części głębsze prawidłowe, V = 6/6. Gałka przy ucisku niebolesna, chora nie ma żadnych bólów a w oczodole i w ogóle w sąsiedztwie nic nieprawidłowego dostrzedz nie można. Oko prawe prawidłowe. Zalecono okłady z *alum. acetic.* a po tygodniu obrzęk powiek prawie ustąpił, *chemosis* znikła a nastrzykanie spojówki gałkowéj i wydzielina śluzowa po tygodniu dalszym pędzlowania 1% rozcz. azot. srebr. znikły bez śladu, tak że chora w stanie zupełnego zdrowia szpital opuściła.

Cierpień rogówkowych, nie wywołanych chorobami spojówkowemi, leczono u kobiet 23, u mężczyzn 18, razem 41, z tego zapaleń miąższowych (*kerat. parench. diff.*) u mężczyzn 1, u kobiet 7. W trzech przypadkach dało się wykazać kiłę dziedziczną, raz nabytą, w 3ch razach zołzy, jeden przypadek został co do etyjologii niejasny. Tu wspomnieć muszę o środku wyjaśniającym, którego dość często używaliśmy w zaćmieniach rogówkowych w ogóle, a który dawał nam dobre wyniki. Gdy mianowicie oko było jeszcze za silnie podrażnione, aby stosować kalomel lub tinct. opii lub w razie, gdy z powodu równoczesnego zażywania wewnętrzn. jodu, kalomel był przeciwwskazanym, zapuszczaliśmy parę razy dziennie po kilka kropli następującego rozczynu: *Rp. kali iodati 0.15 natri bicarb. 0.25 aq. destill 15.0* i wielokrotnie wyjaśnianie się rogówki szybko i dokładnie następowało.

Zresztą z cierpień rogówkowych leczono przeważnie wrzody lub zapalenie ropne rogówki, było ich bowiem u mężczyzn 12 u kobiet 13. Wrzody ropne stanowiły prawie bez wyjątku typowe obrazy t. zw. *ulc. hypopyon* a było ich 14. Prze-

biegały przy pilnem i cogodzinnem zapuszczaniu rozczynu sublimatu 1 : 5000, okładach ciepłych i atropinie lub względnie pilokarpinie a na noc przy zasypywaniu jodoformu i opasce uciskowéj dobrze, w dwóch tylko przypadkach musiano zrobić punkcyję rogówkową dla wypuszczenia ropy w nadmiernéj ilości w przedn. komórce zebranéj a raz wykonano następową iridektomiję z powodu zamknięcia źrenicy. Wprawdzie w sześciu przypadkach (na 14) przyszło do przebicia rogówki i opadnięcia tęczówki, ale tylko w 4ch wytworzyła się przyczepina przednia, w dwóch zaś bardzo pouczających, dowodzących mianowicie, jak trzeba się wystrzegać szablonu, a postępowanie lecznicze stosować ściśle do każdorazowego wskazania, zdolano opadłą tęczówkę wycofać z otworu i to w obu razach wręcz przeciwnemi środkami. Rzecz miała się tak: Jeden z chorych przyszedł do zakładu z wrzodem ropnym, w dolnéj połowie rogówki położonym. Otok ropny był nieznaczny, źrenica b. wąska, nieoddziaływała dość energiczne bóle w czole. Zalecono przepłukiwanie sublimatem, okłady ciepłe, atropinę. W nocy chory uderzył się przez opaskę w oko, i wrzód nie grożący jeszcze przebiciem pękł a rozległy płat tęczówki wpadł w ranę. Zaraz zapuszczono pilokarpinę, (gdyż wrzód jak wspomniano był obwodowo położony) a po dwóch dniach zapuszczania pilokarpiny co 2 godz. tęczówka w zupełności się cofnęła.

Drugi przypadek przebiegał jak następuje: Wrzód środkowo położony drążył coraz bardziéj w głąb, tak że chcąc uchronić od przebicia, lub zrobić je mniej gwałtownem, dawano pilokarpinę, zmniejszającą parcie w śródoczu. Mimo to po kilku dniach przy poobiednéj wizycie zauważono przebicie wrzodu i opadnięcie tęczówki. Zapuszczono atropinę, co też przed nocą jeszcze dwukrotnie powtórzono a nazajutrz w ranie nie było wcale tęczówki i obaj chorzy opuścili zakład tylko z plamkami rogówkowemi.

W 11tu przypadkach zapalenia ropnego rogówki „*keratit. suppur.*“ przebieg był rozmaity, stosownie do stanu, w jakim się chorzy do leczenia zgłosili.

Co do etyjologii tak wrzodów jak zapaleń ropnych rogówki, to zebrano następujące daty: W ośmiu razach (na 25) dało powód zranienie się sianem lub kłosem i te przypadki miewały bardzo ciężki przebieg, tak że chory przychodził nieraz po kilku dniach z zupełnie zropiałą rogówką i pomimo wczesnego zgłoszenia się przebieg bywał ciężki, tak że w tych razach, choćby pierwotnie zmiany były nieznaczne, w rokowaniu z góry trzeba być bardzo ostrożnym.

W sześciu razach, także o ciężkim przebiegu, powodem było zranienie się odpryskiem kamienia u kamieniarzy z zawodu, a dwa niżéj wymienione przypadki *panophthalmitis* również temu zawdzięczają swe źródło.

W innych 2ch przypadkach było powodem oparzenie, w innych trzech okolicznością usposabiającą *blenorrh. sacci lacrymal.*, w dwóch przypadkach uraz bezpośredni (uderzenie ogonem krowy i uderzenie się o nogę stołu), w jednym zaś energiczne leczenie nieżytu przez lekarkę wiejską założeniem goździka (*semen caryophyll.*) do worka spojówkowego, który dopiero w szpitalu wyjęto.

W 3ch przypadkach przyczyny nie zdołano wyśledzić.

Chorób tęczówki i ciałka rzęskowego razem leczono 22, w tych 5 przypadków *iritis supp.*, 2 *iritis gummosa*, 3 *iridokykl. symp.*, jeden bardzo niezwykły co do przebiegu *iritis serosa* i jeden *naevi melanotici iridis*. Te dwa ostatnie jednakże jako dłużéj obserwowane w klinice, pewnie w tamtejszem sprawozdaniu opisane zostaną. Zresztą były przypadki *iritis chronica* z przyczepinami tylnemi lub zamknięciem źrenicy (*secclusio v. occlusio pupill.*), które późniéj przenoszono do kliniki w celu wykonania iridektomii.

Naczyniówka była przedmiotem leczenia w 5 razach i to: w formie *choroidit. dissem.* w 2ch, jako *atrophia choroideae* w 2ch razach a z tych w jednym przypadku połączona z wysoką myopią, w drugim z zaćmą z warunkami do operacyi (poczucie i lokalizacyja światła na 6 m), gdzie dopiero po operacyi stan ten wziernikiem skonstatowano, a raz jako *iridochoroiditis suppurativa*. Chorym dawano NaJ lub KJ., w przypadku z myopiją wstrzykiwania pilokarp. podskórne, stan jednak mierne tylko okazywał polepszenie.

Z chorób siatkówki i n. wzrokowego leczono *neuroretinitis* 8 razy i to dwa na tle kiły wcieraniami i NaJ. z pomyślnym skutkiem, raz z niewiadoméj przyczyny z nieznacznem tylko polepszeniem; *atrophia alba n. oph.* 3 razy i to bez skutku; a raz oderwanie siatkówki widocznéj w obrazie wziernikowym jako falująca błona, tak że tylko od dołu jéj część przylegała do naczyniówki. Chory liczył tylko palce na niespełna $1/2$ m. do góry, a po 20 wstrzykiwaniach podskórnych pilokarpiny (2—5 przedziałek strzykawki Pravaza $1^0/_0$go rozczynu) i ustawicznem leczeniu na wznak wyszedł, licząc palce na $3^1/_2$ m. a siatkówka znów w większéj części przylegała.

Z rozpoznaniem *Panophthalmitis* leczono pięciu chorych, a to dwóch, wspomnianych wyżéj, po zranieniu odpryskiem kamienia, jednego (rzeźnik) po zranieniu odszczepem kości, który szczypczykami wydobyto.

Z chorób powiek i woreczka łzowego, wymagających drobniejszych operacyj, leczono przypadków dziewięć.

W końcu dla uzupełnienia obrazu całości dodać muszę, iż 21 chorych po przebytéj w klinice operacyi wyjęcia zaćmy lub wycięcia tęczówki, jako potrzebujących jeszcze opieki lekarskiéj, przez dłuższy lub krótszy czas pielęgnowano na oddziale.

III. Z praktyki sądowolekarskiéj.

Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowéj względnie kręgosłupa

podał
Dr. Józef Bogdanik
prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

Dnia 26/6 1887 r. przyjąłem do szpitala 25cio letniego wyrobnika z Hałcnowa J. S., który obok innych mniejszych uszkodzeń na głowie i przedramieniu lewem doznał obrażenia klatki piersiowéj na dwa dni przed przybyciem do szpitala. W linii przymostkowéj lewéj jest rana o brzegach gładkich, nieco skośnie z góry ku dołowi i zewnątrz przebiegająca ponad żebrem drugiem i ponad pierwszym i drugim przestworem międzyżebrowym. Długość rany wynosi przeszło 4 cm. a brzegi jéj odstają w środku na 3 cm.; na dnie rany widać duży mięsień piersiowy i nieco krwi płynnéj. Palec wprowadzony do rany wyczuwa gładką szczelinę na chrząstce żebro drugie z mostkiem spajającéj i nieprawidłową ruchomość w tem miejscu. Szczelina ta przebiega w jednéj linii z rany na skórze i drąży przez całą grubość chrząstki. Zgłębnik w dno rany wprowadzony wchodzi przez drugi przestwór międzyżebrowy na dół i ku tyłowi na 14 cm., przyczem słychać szelest przez wąską szczelinę uchodzącego powietrza a palcami zgłębnik trzymającemi czuje się uderzenia serca. Oglądanie klatki piersiowéj wykazuje, że lewa połowa jest bardziéj wypukloną aniżeli prawa i przy oddychaniu mniéj się porusza. Opukiwanie klatki piersiowéj w położeniu leżącem wykazuje po lewéj stronie odgłos jawny bębenkowy, stłumienia serca wykazać nie można. W położeniu siedzącem wypuk z tyłu po stronie lewéj jest w górnéj połowie jawny bębenkowy, w dolnéj połowie stłumiony. Szmery oddechowe po stronie lewéj są niemal niesłyszalne, oddechów 32 na minutę. Uderzenia koniuszkowego serca nie wyczuwa się. Tony sercowe są czyste, jednak u podstawy serca ledwie dosłyszalne, nieco wyraźniejsze nad koniuszkiem serca, jakkolwiek tętno jest silne i uderza 120 razy na minutę. W obec tego wyniku badania rozpoznałem ranę kłótą klatki piersiowéj z przebiciem oskrzela i otwarciem osierdzia, daléj *pneumothorax* i *haemothorax*. Inne mniéj znaczne uszkodzenia pomijam

Przy spokoju i opatrunkach jodoformowych wypełniła się rana dość szybko żywą ziarniną. Dnia 10/7 spoiłem brzegi rany szwami jedwabnemi, poczem się rana wnet zagoiła. Dnia 23/7 wypuściłem chorego ze szpitala, przyczem następujący stan zanotowałem. Oglądanie klatki piersiowéj nie wykazuje żadnéj różnicy między połową prawą a lewą. Wypuk nad szczytami jest po obu stronach jawny nie bębenkowy, szmery oddechowe wyraźne. Stłumienie serca sięga od 4 do 6 żebra i od lewéj linii sutkowéj do lewego brzegu mostka. Tony sercowe są czyste i silne. Tętno uderza 80 razy

na minutę. Pierwszy ton sercowy słychać o $^1/_3$ część sekundy wcześniéj aniżeli się wyczuwa uderzenie tętnicy sprychowéj. Stan ogólny dobry.

Przypadek drugi dotyczy dobrze odżywionéj i zbudowanéj 18-letniéj dziewczyny J. D. z Mikuszowic, którą nachyloną ku ziemi z boku stojący ojczym ostrzem siekiery ugodził w plecy. Stało się to dn. 10/9 1887 r. W skutek zadanego uszkodzenia umarła w dn. 12/9 tj. po upływie 32 godzin. Za życia nie widziałem uszkodzenia tego, późniéj jednak starałem się od matki denatki dowiedzieć o niektórych objawach chorobowych. Z niedokładnego opowiadania wysnułem, iż chora po zadanym gwałcie na ziemię plecami do góry upadła, straciła dosyć krwi, przytomności atoli nie utraciła, tylko kończynami dolnemi nie mogła poruszać. Przeniesiono ją tedy do łóżka, w którem najchętniéj na wznak leżała. Płynne pokarmy przyjmowała chętnie, gdyż miała pragnienie, a połykanie nie było utrudnione. Stolca ani moczu dobrowolnie nie oddawała od chwili doznanego urazu. Mocz odprowadził cewnikiem lekarz do chorej przez rodzinę zawezwany. Tenże sprawdził, iż chora kończynami dolnemi nie może poruszać ani też z boku na bok się przewrócić, chora tak leżała jak ją położono. Kłucia szpilką nie czuła ani na kończynach dolnych ani na tułowiu. Z całą przytomnością umysłu się jednak wyspowiadała i umarła w 32 godzin po doznanym urazie.

W dniu 13 września 1887 r. dokonałem sekcyi sądowéj zwłok. Znalazłem tylko jedno uszkodzenie a mianowicie na plecach pomiędzy łopatkami w poprzek ciała biegnącą ranę 8 cm. długą o brzegach ostrych gładkich nieco przesuniętych tak, że dolny brzeg rany ponad górny wystawał i od niego odstawał na 4 cm. Po rozsunięciu brzegów widać było w głębi gładko przecięte mięśnie. Zgłębnik w ranę wprowadzony z łatwością zanurzał się nieco skośnie ku dołowi i przodowi, i wchodząc w szczelinę między płaszczyzny przeciętego kręgu piersiowego wsuwał się łatwo do kanału pacierzowego jako też do jamy opłucnéj. Tyle przy badaniu zewnętrznem. Po przewróceniu zwłok na plecy otwarto klatkę piersiową. Opłucna płucna była po obu stronach przyczepinami ścięgnistemi spojoną z klatką piersiową. W jamie opłucnowéj bardzo mało (około 150·00) płynu krwawego. Po usunięciu płuca wraz z sercem z klatki piersiowéj widać było nienaruszone narządy i naczynia klatki piersiowéj, jakoto gardziel (*oesophagus*), aortę zstępującą, nerw błędny i żyły, natomiast naciętą była opłucna ścienna po obu stronach trzona piątego kręgu piersiowego niemal symetrycznie w jednéj linii pozioméj i to w dolnéj połowie tegoż kręgu. Przecięcie drąży przez całą grubość trzonu kręgu piątego i idąc w gładkiéj płaszczyźnie nieco skośnie ku tyłowi i ku górze dzieli całkowicie piąty krąg piersiowy, rdzeń pacierzowy, daléj wyrostek kolcowy czwartego kręgu piersiowego, łącząc się z raną skórną na plecach, przecinając również główki żeber piątych na kręgu osadzonych. Z reszty protokółu sekcyjnego wyjmuję jeszcze, iż osobliwszéj bladości ani skóry ani błon śluzowych ani też w narządach wewnętrznych nie znaleziono.

Żałuję, iż w skutek tego, że mimo pięknego dnia jesiennego już po ciemku sekcya się skończyła, nie mogłem drobiazgowiéj zbadać to uszkodzenie i preparat anatomiczny zabrać ze sobą, jak to czynić zwykłem. Tego samego dnia bowiem oglądaliśmy ze znawcą technicznym fabrykę w Mikuszowicach, w któréj jakaś robotnica śmierć znalazła, następnie oglądaliśmy dziewczynę ciężko uszkodzoną, daléj odbyły się po kolei dwie sekcye zwłok a sekcyja, którą niniejszem rozbieram, była ostatnią czynnością sądowo lekarską tego dnia, (w którym ciężko zapracowaliśmy jeden dzień dyjet, bo drugiego dnia izba obrachunkowa przyjąć nie chciała). Również żałować należy, iż nie miałem sposobności dokonania spostrzeżeń za życia i tylko od matki zmarłéj, jak już wyżéj wspomniałem, dowiedziałem się dat przytoczonych, sprostowanych po części przez lekarza do choréj zewezwanego. Z tem wszystkiem i te dane budzą dosyć ciekawości nie tylko u lekarza sądowego ale i dla chirurga i neuropatologa. Przedewszystkiem podnieść należy, iż chora téj miary uszkodzenie przeżyła 32 godzin, co niewątpliwie tylko téj okoliczności przypisać należy, że żadne większe naczynie przecięte nie zostało. Daléj podnoszę rzadkość uszkodzeń kręgosłupa, niepowikłanych innemi równocześnie zadanemi uszkodzeniami. W literaturze mnie dostępnéj nie znalazłem podobnego przypadku. Bo też potrzeba osobliwie sprzyjających warunków, aby podobne uszkodzenie zadanem być mogło.

O wiele częstsze są przypadki ran kłutych klatki piersiowéj z otwarciem osierdzia połączonych. G. Fischer naliczył ich 52 w pięknéj swéj monografii (Archiwum Langenbecka IX. 571), a procent uzdrowienia oblicza się na 30%. Uszkodzenia te kończą się śmiercią albo w skutek krwotoków z przeciętych tętnic (*a. t. intercostalis, mammaria*), albo też następowo w skutek ropnego zapalenia opłucnéj. Badaniu ran zgłębnikiem przypisuje się zazwyczaj ropienie, dla tego też odradza się lekarzom téj czynności. Przypadek mój dowodzi, że i tego tak bezwzględnie brać nie można. Badania rany palcem i zgłębnikiem celem utrwalenia rozpoznania dokonałem bez szkody dla chorego, boć nie gorączkując w niespełna cztery tygodnie zakład opuścił wyleczony. Prawda, że przed badaniem rany dokładnie obmyłem ręce mydłem i roztworem sublimatu, że oczyściłem ranę, a zgłębnik przed użyciem zamaczałem w roztworze kwasu karbolowego. To się samo przez się rozumie, tego też nawet nie podałem przy opisie choroby. Tak postępować ma lekarz sądowy, który powinien być w takich razach sumiennym chirurgiem, albo nie badać chorego w nieobecności lekarza ordynującego i wtedy nie potrzebuje się obawiać zarzutu, że jego badanie wywołało: *„eine auffallende Verschlechterung des Zustandes (Pyothorax)“* jak to podaje Hofman w swym podręczniku medycyny sądowéj, przytaczając dotyczące orzeczenie wydziału lekarskiego, przyczem słusznie umieścił w nawiasie wykrzyknik.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

J. Mering i O. Minkowski (Strassburg): **Moczówka cukrowa po wyłuszczeniu trzustki.**

Z pracowni kliniki lekarskiéj podają autorowie następujące tymczasowe ciekawe doniesienie: Po wyłuszczeniu trzustki występuje u psów cukrzyca, rozpoczynająca się w jakiś czas po zabiegu i trwa całemi tygodniami bez przerwy aż do śmierci zwierzęcia. Oprócz zawartości cukru w moczu spostrzegać można obfite moczenie, silne pragnienie, nadzwyczajny głód, jakoteż znaczne wychudnienie i znaczne osłabienie mimo obfitego dowozu żywności. Pies, któremu usunięto trzustkę i był przez 48 godz. na czczo, wydzielał mocz zawierający 5—6% cukru. Pies, ważący 8 klgr., wydzielał przy wyłącznem żywieniu mięsnem dziennie prawie jeden litr moczu z 5—9% cukru. Po dodawaniu cukru gronowego wynosiła ilość cukru w moczu przemijająco 13% i większa część doprowadzonego cukru została niezmieniona wydzieloną. Mocz operowanych zwierząt zawierał prócz tego jeszcze znaczne ilości acetonu. Ilość cukru we krwi jest znacznie powiększoną, w jednym przypadku wynosiła 0·30%, w innym 0.46%. Glikogen w narządach znika. U psa, który 4 tygodnie cierpiał na cukrzycę i wśród zupełnego trawienia mięsnego zabitym został, nie można było wykazać glikogenu ani w wątrobie, ani w mięśniach. *Ganglion solare* przy tym zabiegu nie zostało uszkodzone i dla tego w tych doświadczeniach musimy uważać moczówkę cukrową za bezpośrednie następstwo wyłuszczenia trzustki. Przelanie krwi psa dotkniętego cukrzycą do żyły zdrowego zwierzęcia nie wywołało u tego ostatniego wydzielania cukru. W końcu wspominają autorowie, że u zwierząt pozbawionych trzustki wchłanianie tłuszczu w wysokim stopniu jest upośledzone i że także pochłanianie doprowadzonych istót białkowych nie jest dostatecznem. (*Wien. m. Blätter* 1889, Nr. 26).

Dr. Baschkopf.

K. Schuchardt (Szczecin): **O przyrodzie ozeny wraz z kilku uwagami o przemianie przybłonka.**

Nie jest jeszcze całkiem wyświeconem, dlaczego w rozmaitych sprawach chorobowych w jamie nosowéj wytwarza się owa właściwa trupia woń. Pod wspólną nazwą *„ozaena“* rozróżniano dawniéj wszystkie choroby nosa, łączące się

z nieprzyjemną wonią, obecnie zaś wiemy, że woń ta jest tylko objawem właściwym chorobom nosa bardzo odmiennym i tak, kiła, gruźlica, nosacizna, liszaj żrący nosa, zwłaszcza, jeżeli im towarzyszy nie tylko owrzodzenie błony śluzowéj, lecz także zniszczenie rusztowania kostnego nosa, mogą się łączyć z taką samą wonią, jak przewlekły nieżyt nawet bez owrzodzenia, ztąd podział: *ozaena ulcerosa* i *o. non ulcerosa*; obecnie zaś rozróżniamy *ozaena vera s. simplex* czyli *rhinitis chronica atrophicans foetida* rinologów, t. j. ozena bez znaczniejszych owrzodzeń i *ozaena syphilitica*, *tuberculosa*, *luposa* i t. d. Ozena zwykła czyli prawdziwa rozwija się na tle zwykłego nieżytu nosowego, a uderzającym jest szczególny zanik błony śluzowéj, która zamiast wejrzenia aksamitnego, ciemno-czerwonego ma wejrzenie blade, jest cienką, połyskującą ścięgnistą i pokryta jest strupami o przenikającéj woni; zanik zajmuje często nie tylko błonę śluzową, ale i okostnę i kości i wskutek tego jama nosowa staje się obszerniejszą. Przypuszczenie, że przez chorobowe powiększenie się jamy nosowéj możliwy jest większy przypływ powietrza, przez co wydzielina zasycha prędko na strupy, zatrzymuje i gnilnie się rozkłada, nie jest słusznem. Niektórzy sądzą, że przez szczególne zwyrodnienie błony śluzowéj nosa powstaje chemiczna przemiana wydzieliny, sprawiająca woń; inni przypuszczają jako przyczynę zanik gruczołów lub tłuszczowy rozpad komórek. R. Volkmann spostrzegał, że we wszystkich przypadkach ozeny zamienia się przybłonek migawkowy nosa na brukowy, a gdy Zeller doniósł o swych badaniach nad przemianą przybłonka macicy, zwrócono na powyższą sprawę na nowo baczną uwagę. Ponieważ jest rzeczą znaną, że obrzydliwe wonie, wytwarzające się na napletku, między palcami u nóg, w pasze itd. powstają przez wytwory rozpadowe nadmiernie wytworzonego i rozmiękłego przybłonka brukowego, bliskiem było pytanie, czy woń w ozenie nie zostaje w związku z przemianą przybłonka migawkowego nosa w brukowy, dlatego Volkmann wydobywał za pomocą ostréj łyżeczki cząsteczki błony śluzowéj w przypadkach ozeny, które S. drobnowidowo badał i znalazł obok drobnoustrojów liczny przybłonek płaski, nigdzie zaś nie było migawkowego lub wałeczkowego. Przemiana przybłonka wałeczkowego w zrogowaciały przybłonek brukowy w ozenie, którą uważamy za źródło przenikliwéj woni, ozenie właściwéj, przydarza się także na innych błonach śluz., pokrytych przybłonkiem wałeczkowym. Najpierw zauważono ją na tych błonach śluz., które przez stany chorobowe ustawicznie narażone są na działanie powietrza; w téj więcéj biernéj przemianie przybłonka odgrywa wysychanie powierzchownych warstw przybłonka główną rolę. I tak przyjmuje błona śluzowa starych opadnięć odbytnicy i macicy z czasem wejrzenie suche, skórzaste, a pod drobnowidem widzimy zamiast pierwotnego wałeczkowego przybłonek płaski zrogowaciały; to samo stwierdzić można na uklejach ucha, nosa, macicy. Podczas gdy w wyliczonych przypadkach zrogowacenie błony śluzowéj przy długotrwałem zetknięciu z powietrzem zewnętrznem uważać musimy za objaw więcéj biern y, w którym przybłonek pod wpływem czynników od zewnątrz działających przystosowuje się do nowych warunków, mamy drugi szereg stanów, w których przemiana przybłonka odbywa się wśród więcéj czynnego współudziału życia komórkowego. I tak znajdujemy na błonie śluzowéj cewki moczowéj w przewlekłéj rzeżączce w miejscu przybłonka wałeczkowego płaski, zwłaszcza w t. zw. zwężeniu kostninowem. Ale także w innych częściach dróg moczowych może przyjść na tle sprawy przewlekle zapalnéj do wytwarzania się przybłonka płaskiego i to w tak grubych pokładach, że zostają wydalone w postaci strzępów i błon, przedstawiających podobieństwo do mas przybłonkowych, wytwarzających się przy cholesteatomie ucha środkowego. Także na ubytkach tkanki, szczególniéj na wrzodach gruźliczych tchawicy i oskrzeli wytwarza się warstwowy przybłonek brukowy. W długotrwałem ropieniu ucha środkowego z zniszczeniem błony bębenkowéj przyjmuje błona śluzowa jamy bębenkowéj w zupełności cechy przyskórka. W tych t. zw. złuszczających się zapaleniach ucha środkowego odbywa się bujne wytwarzanie i oddzielanie się warstw przyskórkowych i te właśnie postacie cieczenia z ucha połączone są z nadzwyczaj przykrą wonią. Tak samo w nieżytach macicy następuje przemiana przybłonka wałeczkowego w płaski; choroba ta, połączona zawsze z niepłodnością, odznacza się obfitą wydzieliną chorobową. Zeller twierdzi na podstawie 63 przypadków u żyjących i na trupie, że w każdem zapaleniu wewnątrz-macicznem wytwarza przybłonek wałeczkowy błony śluzowéj trzonu i szyjki warstwowy przybłonek płaski i właśnie te przypadki nieżytu macicy połączone są z obfitą i nadzwyczaj cuchnącą posokowatą wydzieliną. Nierzadkie są jednak przypadki, że rakowce z wybitnem zrogowaceniem wytwarzają się na błonach śluzowych, wyściełonych przybłonkiem wałeczkowym. *(Volkmanna Sammlung klin. Vortr.* Nr. 340). *Dr. Baschkopf.*

Na majowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego pokazywał Ewald preparat z człowieka dotkniętego rakiem połyku, w którym poniżéj rakowatego zwężenia znajduje się zaułek. Ściana połyku jest w miejscu powstałego zaułka bardzo cienka. Ewald tłomaczy powstanie téj nadzwyczaj rzadkiéj kombinacyi w ten sposób, że pokarmy przechodziły wprawdzie przez zwężone miejsce w połyku, wpust jednak osłabiony nie posuwał ich daléj. Ztąd zastój i następowe rozszerzenie części leżącéj poniżéj zwężenia połyku, a powyżéj wpustu. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Farmakologija.

Glay i Schlagdenhauffen: **Koronilina — nowa trucizna sercowa.**

Autorowie otrzymali powyższy glikozyd z ziarn *Corinilla scorpioides* (*Papillionaceae*). Po wstrzyknięciu podskórnem 0·0005 grm. koroniliny ustaje działanie serca żabiego wśród podobnych stosunków, jak po digitalinie. Po wprowadzeniu do żył 2 miligramów w pojedynczych dawkach po $^1/_2$ miligr. występuje u psa ważącego 10 kilogramów śmierć i to wskutek porażenia serca; przy mniejszych dawkach poprzedza zwolnienie czynności serca okres przyspieszenia. Można zapobiedz wystąpieniu okresu zwolnienia przez przecięcie obu nerwów błędnych, lub *bulbus*, lub przez atropinizowanie zwierzęcia; wśród takich warunków spostrzega się tylko po każdorazowem wstrzyknięciu 0·0005—0·001 grm. podwyższenie parcia tętniczego, po którem następuje trwałe jego obniżenie, jad więc ten działa na jądra n. n. błędnych i ośrodek naczyniowy w rdzeniu. W ostatnim okresie zatrucia skurcze serca są niewystarczające do utrzymania parcia tętniczego tak, że ono spada i znika, nim serce bić przestało. Także nerwy sercowe doznają pod wpływem koroniliny zmian pobudliwości. (*Wien. m. Woch.* 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

K. Alt (Halle): **Badania nad wydzielaniem podskórnie wstrzykniętéj morfiny przez żołądek.**

Już przed wielu laty zrobił Hitzig spostrzeżenie, że pies, który zjadł wymiociny psa, zanarkotyzowanego przed kilku minutami przez wstrzyknięcie podskórne morfiny, w krótkim czasie potem wymiotował. Spostrzeżenie to nasunęło Hitzigowi przypuszczenie, że w wymiocinach pierwszego psa, mimo krótkości czasu między wstrzyknięciem a wymiotami, znaczna ilość wstrzykniętéj morfiny wydzieloną została. Wobec tego H. nakłonił swego asystenta przy klinice dla chorób umysłowych i nerwowych do podjęcia doświadczeń nad czasem i ilością wydzielonego alkaloidu przez żołądek po podskórnem wstrzyknięciu. Wiadomości nasze o morfinie w ogóle okazują jeszcze dość znaczne braki; i tak nie jest jeszcze rozstrzygniętem, czy moczem wydziela się morfina, którąby wykazać można, czy alkaloid w krwi alkalicznéj nie uległ przemianie, uniemożebniającéj jego wykazanie. Kauzmann wykazał w żołądku, w jelitach i w innych narządach w krew obfitujących zwierzęcia, zabitego przez wstrzyknięcie morfinowe, ślady tego alkaloidu, czy jednak w treści żołądkowéj znalazł morfinę, nie podaje. Alt badał przedewszystkiem, czy po podobnem wstrzyknięciu małych ilości morfiny można wykazać w zwymiotowanych masach pokarmowych morfinę. Wymiociny badał według sposobu Stas-Ottona, a pozostałość badał następnie za pomocą świeżo przygotowanego odczynnika Fröhdego (1 kcm. kwasu siarkowego, 5 do 10 mg. molybdenijanu sodowego) i wykazał w wymiocinach obecność ciała, dającego oddziaływanie morfiny. Wymioty po

wstrzyknięciu tłomaczą jedni zamianą we krwi krążącéj morfiny na apomorfinę, inni zanieczyszczeniem preparatu, inni znowu przypisują morfinie saméj działanie wymiotne, przypuszczając bezpośrednie zadrażnienie ośrodka dla wymiotów we krwi krążącéj truciznie. O powstawaniu zaś wymiotów istnieją dwa zapatrywania: według jednych rozchodzi się o akt odruchowy, według drugich o bezpośrednie środkowe zadrażnienie ośrodka dla wymiotów, ale nikt nie uważa ich za odruch z zakończeń nerwów żołądkowych. A. poleca prostszy odczynnik na morfinę, niż wyżéj opisany, t. j. t. zw. metodę za pomocą kwasu jodowego i chloroformu. Morfina uwalnia z kwasu jodowego w rozczynie wodnym jod, który zmięszany z chloroformem daje zabarwienie różowe. W końcu rozprawy zbiera Alt wyniki swoich doświadczeń: 1. Po podskórnem zastosowaniu morfiny wydziela się alkaloid przez żołądek. 2. Wydzielanie rozpoczyna się już po $2^1/_4$ minuty, trwa wyraźnie pół godziny, staje się potem coraz słabszem i ustaje zupełnie po 50—60 min. 3. Nudności po podskórnem wstrzyknięciu występują dopiero w czasie, w którym morfina do żołądka już została wydzieloną i można ich uniknąć przez wypłukanie żołądka. 4. Wydzielona do żołądka ilość morfiny jest bardzo znaczna i równa się połowie wstrzykniętéj trucizny. 5. Przepłukiwania żołądka przez dłuższy czas powtarzane zmniejszają znacznie objawy zatrucia i dawki bezwarunkowo śmiertelne bywają bez szkody znoszone. Praktyczne znaczenie tych wyników polega na tem, że wcześnie wezwany lekarz może w przypadkach, w których zażyto wielkie dawki morfiny przez pomyłkę, w zamiarze zbrodniczym lub samobójczym, usunąć przez wypłukanie żołądka grożące niebezpieczeństwo i w danym razie życie uratować. Daléj przy badaniu sądowo-chemicznem osoby, zabitéj według domniemania przez podskórne wstrzyknięcie morfiny, nie będziemy więcéj śledzić za trucizną we krwi, gdzie zresztą według Dragendorffa w jakiś czas po wstrzyknięciu wykazać się nie daje, lecz w treści żołądkowo-jelitowéj. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

H. Lindenborn (Frankfurt n. M.): **O ditiosalicylanie sodowym II.**

L. przedstawia powyższy środek do badania, który zdaje mu się być powołanym do odgrywania ważnéj roli obok salicylanu sodowego w leczeniu ostrego gośćca stawowego. Ditiosalicylan sodowy I. i II. są to dwa izomeryczne ciała, składające się z dwóch drobin kwasu salicylowego, połączonych za pomocą dwóch drobin siarki. Sól II., z którą jedynie L. robił doświadczenia, jest proszkiem szarawo białym, bardzo higroskopijnym i łatwo bez pozostałości w wodzie rozpuszczalnym. Rozczyn wodny téj soli tworzy z chlorkiem żelazowym słabe zabarwienie fijoletowe. W moczu nie można jéj wykazać ani jako soli, ani jako kwasu salicylowego. Według badań Hüppego działa 20% rozczyn téj soli w najmniéj 45 minut zabójczo na zarodniki wąglika, podczas gdy salicylan sodowy w podobnych warunkach żadnego wpływu nie wywiera. Tak samo wykazały doświadczenia z prątkami cholerycznemi i durowemi, z prątkami ropy zielonéj i stafylokokiem złocistym wybitną wyższość ditiosalicylanów, a więc zasługują one jako środki odrażające i przeciwgnilne na pierwszeństwo przed salicylanem sodowym. L. użył dotąd *Natrium dithiosalicylicum* II. w czterech przypadkach wielokrotnego i w jednym przypadku gośćca stawowego, jakoteż w jednym przypadku rzeżączkowego zapalenia kolana, wikłającego się z zapaleniem tęczówki i naczyniówki. W lżejszych przypadkach podawał rano i wieczór po 0·2, w cięższych rano 0·2, a wieczór 2, 3 do 4 razy co godzina 0·2; w lżejszych przypadkach ustępował ból, gorączka i obrzęk stawów po dwóch, w cięższych najdaléj po 6 dniach; nudności ani szumów uszu nie było, a silne poty występowały tylko po 0·8 *pro die*. Wobec salicylanu sodowego posiada ditiosalicylan następujące zalety: silniejsze działanie, wskutek czego potrzeba mniejszéj dawki, brak objawów ubocznych ze strony żołądka, prawdopodobnie wskutek jego nierozpuszczalności jako kwasu, brak wpływu ubocznego na serce i naczynia, brak zapadu i szumu w uszach. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

A. Eiselsberg: **O przeszczepianiu skóry według Thierscha.**

Autor zestawił 42 przypadki z kliniki Billrotha, w których dokonano przeszczepiania według Thierscha, a wyniki téj metody pomyślne, nieraz zadziwiające, skłoniły go do przyznania jéj pierwszeństwa przed metodą Reverdina. Przeszczepiania dokonywano w sposób następujący: najprzód przygotowywano miejsce, w które miano przenieść płatki przez zatamowanie krwotoku, zeskrobanie ziarniny za pomocą ostréj łyżeczki, jeżeli chodziło o ubytek dawniejszy i spłukanie sublimatem 1:3000. Następnie na tak przygotowany teren przenoszono na szerokiéj szpatułce płatki skórne 20 cm. długie, 2—4 ctm. szerokie, ile możności cienkie, zawierające przyskórek i górne tylko części brodawek skórnych, wzięte z zewnętrznéj powierzchni ramienia, przy rozleglejszych zaś ubytkach z przedniéj i zewnętrznéj powierzchni tegoż samego chorego. Płatki te rozpościerano na powierzchni rannéj za pomocą złotych igieł w ten sposób, że się wzajemnie dachówkowato pokrywały, a w razie gdy była różnica pomiędzy ubytkiem a otaczającą skórą, pokrywano niemi także i brzeg tejże. Na przeszczepione płatki przykładano następnie gutaperchę, zwilżoną sublimatem i gazę jodoformową. Pierwsza zmiana opatrunku następowała w 5 do 6 dni po przeszczepieniu, wybujałą ziarninę pomiędzy płatkami przyżegano lapisem i uciskano przylepem, w razie obumarcia większéj części płatków powtarzano przeszczepianie na nowo. Miejsca, skąd wzięto płatki, opatrywano jak każdą ranę, zmieniając pierwszy opatrunek po 14 tu dniach; zwykle po kilku tygodniach miejsca te były zupełnie zagojone tak, że zaledwie mała pozostawała blizna. W ogóle dokonano w ten sposób 50 przeszczepień u 42 chorych, z tych 44 z pomyślnym wynikiem (88%). W przypadkach tych chodziło o urazowe ubytki, jak: wycięcie blizn z oparzenia powstałych (2 razy), świeże zranienia (1 raz), ubytki powstałe wskutek operacyi plastycznych (25 przypadków), lub przez wycięcie nowotworów (12 przypadków); dwa razy zaś chodziło o pokrycie nowotworów złośliwych, nie dających się doszczętnie wyłuszczyć, jak to polecał Kraske (*Münch. med. Woch.* 1889, 1). W większéj części przypadków upłynęło od przeszczepienia tyle czasu, iż o trwałości tegoż korzystny sąd można było wydać. Prócz tego podnosi autor jako zaletę przygojenie się płatków na *dura mater*, oraz w 4 przypadkach na kości tylko delikatną warstwą okostnéj pokrytéj. Wyniki więc téj metody są, można powiedzieć, świetne, a że nadto nie jest ona ani niebezpieczną, ani zbyt skomplikowaną, lub trudną, przeto dla każdego lekarza, nawet nie specyjalisty, staje się przystępną. Szczególniéj nadaje się sposób Thierscha w przypadkach rozległych blizn z oparzenia, wielkie ma zalety ze względów kosmetycznych, a nadto, jak sądzi autor, umożebnia wiele operacyj w przypadkach, w których obawiamy się operować ze względu na kolosalny ubytek, skutkiem operacyi powstający. Pomimo, iż nie zdarzył się żaden przypadek rozległego wrzodu podudzia ani oparzenia świeżego, w którychby metodę Thierscha można zastosować, sądzi autor, że i tu ona może oddać wielkie usługi, skracając znacznie czas leczenia, a nadto w rozpaczliwych przypadkach rozległego oparzenia, utrzymując chorego przy życiu przez powstrzymanie obfitego wydzielania z obszernéj powierzchni granulującéj. Dodatkowo przytacza autor dwa doświadczenia, dokonane na zwierzętach, w których pokrywano rozległe ubytki płatem uszypułkowanym, wziętym z drugiego zwierzęcia tego samego lub innego gatunku: w pierwszym przypadku otrzymano wyniki pomyślne, w drugim (przeszczepiono płat z królika na psa) zupełnie ujemne; sądzi więc autor, że zastosowanie tego do człowieka i pokrywanie n. p. ubytku płatem wziętym z małpy, jest mrzonką zbyteczną wobec metody Thierscha, w któréj upatruje największy postęp ostatnich czasów na polu chirurgii. O ile ten entuzyjazm autora dla metody Thierscha jest uzasadnionym, czas i dalsze doświadczenia pokażą. (*Wien. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 34 i 35). *Dr. Langie.*

Angerer (Mnichów): **Uwagi o rozpoznawaniu i leczeniu zwężenia odźwiernika.**

Celem rozpoznania zwężenia odźwiernika wydyma się

żołądek albo za pomocą kwasu węglowego, albo przez wdmuchiwanie powietrza za pomocą cewy Nélatona. Po stwierdzeniu, że zwężający obrzęk należy do żołądka, jest jeszcze rzeczą doniosłego znaczenia rozstrzygnięcie, czy jest ruchomy, czy ustalony, t. j. czy ogranicza się do odźwiernika, względnie żołądka, lub czy już jest zrośnięty z otoczeniem. Aby pod tym względem dojść do pewności, oznacza A. tak przed jak i po rozdęciu granice żołądka i położenie guza dokładnie i wnosi z stopnia przesunięcia się odźwiernika przez wydęcie o stopniu ruchomości, względnie zrośnięcia guza z sąsiedniemi narządami. W prawidłowych stosunkach występuje według A. odźwiernik przez wydęcie z swego położenia w linii przymostkowéj na bok i na zewnątrz aż do linii sutkowéj. Wobec istniejących zrostów jest oczywiście ta ruchomość zmniejszoną. Zrosty z przednią ścianą należy stwierdzić przez obmacywanie. Gdy guz jest zrośnięty z wątrobą lub przeponą, to okazuje ruchomość odpowiednio do ruchów oddechowych przepony: gdy jest zrośnięty z trzustką, nie istnieje żadna albo bardzo mała ruchomość w prawo. Jeżeli obrzęk przez rozdęcie znika, to znajduje się w tylnéj ścianie żołądka. Według tego doszczętny zabieg tylko wtedy przedstawia widoki, jeśli odźwiernik przy wydymaniu żołądka znacznie się przesuwa. Gastroenterostomija jest przeciwwskazaną wobec niepodatnego nacieku ściany żołądkowéj. W jednym takim przypadku przekonał się A., że niepodatna ściana żołądka w zupełności ucisnęła i zamknęła jelito odprowadzające. W jednym przypadku dobrotliwego zwężenia bliznowatego widział się A. zmuszonym pokryć powstały przez resekcyję znaczny ubytek za pomocą transplantacyi klina z sieci. Przy tym zabiegu zaleca A. narkozę rozpocząć chloroformem, następnie zaś używa eteru. Lauenstein (Hamburg) zwraca na to uwagę, że guzy dobrotliwe mają w ogóle powierzchnię gładką i znajdują się niżéj niż rak, do rozpoznania którego możnaby wziąć w rachubę cherę. L. u jednego z swych chorych spostrzegł przypadkowo, że po obfitem przepłukaniu żołądka, wykonanem przed zabiegiem, wystąpiła bardzo zwiększona diureza, co L. tłomaczy powiększeniem parcia odruchowo z żołądka wywołanem, gdyż przypuszcza się, że rakiem zajęty żołądek nie pochłania więcéj płynów w znacznéj ilości. Opierając się na tem spostrzeżeniu, radzi zapobiegawczo celem zmniejszenia wstrząsu wypłukać żołądek przed operacyją. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 25).

Dr. Baschkopf.

Hacker (Wiedeń): O transplantacyi świeżych płatów skóry w celu pokrycia większych ubytków skóry, szczególnie po oparzeniach.

Autor porobił następujące doświadczenia: 1. Jeżeli obie części ciała, ta, z któréj ma się przeszczepiać i ta, na którą ma być przeszczepione, są tak bardzo oddalone od siebie, że nie jest możebne nałożenie świeżego szypułkowego płatu całą jego powierzchnią na odświeżony ubytek, w takim razie transplantacyja płatu i wtedy może się udać, jeżeli tenże brzegiem podstawie przeciwległym połączony został z brzegiem ubytku. 2. Jest rzeczą możebną, po przygojeniu płatu do brzegu, płat z góry za krótko wzięty (z powodu obawy przed częściową zgorzelą tegoż) jeszcze powiększyć, t. j. jego mostek przedłużyć. 3. Jeżeli płat taki ma dostatecznie szeroki mostek, w takim razie znosi dość znaczną dyslokacyję, względnie okręcenie, nie ulegając obumarciu, jeżeli tylko przez unieruchomienie części ciała unika się naciągania, jako też zbytniego uciskania płatu. 4. W poszczególnych przypadkach użyć można z skutkiem nie tylko jednoszypułkowych, ale także podwójnie szypułkowych t. z. płatów mostkowych (*Brückenlappen*), które to postępowanie w razie gdy części ciała można do siebie przybliżyć w pożądany sposób, wtedy szczególnie się nadaje, jeżeli potrzeba stosunkowo długich, a niezbyt szerokich płatów, których odżywianie byłoby utrudnione za pomocą jednéj tylko szypułki; takim sposobem można braki nawet odnóg dolnych pokryć za pomocą płatów z klatki piersiowéj. W pierwszym przypadku (chłopiec $8^1/_2$ r., zrośnięcie całego ramienia i połowy przedramienia z skórą klatki p. po oparzeniu) po przecięciu blizny przeszczepiono płat z grzbietu na klatkę p., a następnie jednoszypułkowy płat wzięty z przedniéj powierzchni klatki p. na prawe ramię ku pasze tak, że chory mógł teraz podnieść odnogę, która pierwéj była nie do używania, mógł rękę przybliżyć do ust i t. d. W drugim przypadku (18-letnia dziewczyna, głowa wskutek blizn oparzelinowych, idących od podbródka do piersi, przechylona ku piersi i na lewo) pokryto po wycięciu blizn prostokątny ubytek wielkości dłoni na szyi przez przeszczepienie dużego skręconego płatu z przedniéj i wewnętrznéj powierzchni lewego ramienia; obecnie ruchy głowy są zupełnie wolne. W trzecim przypadku (dziewczynka l. $5^1/_2$, silne pokurczenie obu stawów kolanowych wskutek blizn oparzelinowych) pokryto ubytki powstałe po wycięciu blizn w obu przegubach kolanowych za pomocą dwóch długich, poziomych, dwuszypułkowych płatów piersiowych, które powierzchniami rannemi w ten sposób zetknięto z ubytkami, że po obu stronach noga wraz z podudziem przeprowadzoną była przez zwisający w postaci pętli płat. Dziecko, które uległo oparzeniu w 15-tym miesiącu i z tego powodu w ogóle jeszcze nie chodziło, chodzi teraz dość dobrze po przeniesieniu płatów i umożliwieniu wyprostowywania kolan. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik 20-ty).

Dr. Baschkopf.

Thiersch (Lipsk): O wyrywaniu nerwów.

Wobec znacznych operacyjnych trudności, jakie przedstawia wycięcie nerwu troistego przy podstawie czaszki, starał się T. zastąpić ciężkie zabiegi prostszemi, których celem było wyszukanie poszczególnych gałązek tego nerwu, uchwycenie ich w ich przebiegu za pomocą odpowiednich narzędzi i wyrwanie. Jako najlepiéj celowi odpowiadające narzędzie okazały się kleszczyki z ramieniem wklęsłem i wypukłem, których powierzchnie chwytające mają karby. Za pomocą takich kleszczyków chwyta Thiersch odsłonięty nerw w jego przebiegu i nawija go przez okręcanie na narzędzie. Powierzchowne rozgałęzienia nawijają się na kleszczyki bez oderwania się; koniec środkowy wyrywa się daleko wyżéj z swojemi korzeniami. Tylko uchwycone gałązki zostają wyrwane, zaś nerwy odgałęziające się powyżéj miejsca uchwycenia zostają nienaruszone; to samo dzieje się, jeżeli uchwycony pień przed pociągnięciem silnie okręcamy. U 17-stu chorych wykonał T. 28 takich wyrywań nerwu, mianowicie 5 razy nerw nadoczodołowy, 11 razy podoczodołowy, 3 razy językowy, 4 razy żuchwowy. Anatomiczne stosunki n. nadoczodołowego są bardzo różnorodne; najczęściéj wychodzi podzielony na 3 wiązki. Aby więc nic nie pozostawić, należy odsłonić wewnętrzną połowę brzegu oczodołowego, aby nerw dokładnie zobaczyć. Jeśli po jego wyrwaniu pozostają jeszcze bóle w błonie śluz. i w skrzydle nosa, należy osobno wyszukać n. sitowy i wyrwać go. Tak samo nie udaje się przez wyrwanie n. oczodołowego usunąć także nerwy zębowe. Nerw językowy odsłaniamy pod szczęką za pomocą cięcia Linka; odchodzący od niego *n. buccinatorius* należy osobno wyszukać. Nerw żuchwowy jest najtrudniéj dostępną gałęzią n. troistego; tuż pod otworem jajowatym odchodzi *n. auriculo-temporalis*, który zaopatruje skórę skroni. Richet opowiada o kowalu, który leczył bóle zębów przez nakłucie przed uchem; tu prawdopodobnie przebijał *n. auriculo-temporalis*. Ciężki przypadek *Tic convulsif* wyleczył T. przez wyrwanie po koleji gałęzi n. trójdzielnego. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 25).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Ahlfeld. O zapobieganiu zakaźnym chorobom oka w pierwszym tygodniu życia.

W zakładzie położniczym w Marburgu nie było od $3^1/_2$ roku na 943 porodów śluzo-ropotoku spojówki, a od $1^1/_4$ r. zapalenia ropnego worka spojówkowego, podczas gdy pierwéj n. p. w r. 1882 na 163 porodów przydarzyło się 13 razy = 7·97% *ophthalmoblenorrhoea*. A. dzieli choroby zakaźne ócz, występujące w pierwszym tygodniu życia, na 3 rzędy: 1) śluzotok z diplokokami, którego przebieg trwa zwykle 2 tygodnie; wobec niedostatecznéj ostrożności rogówka często także bywa zajętą; 2) zapalenie ropne bez diplokoków, zato z licznemi drobnoustrojami w postaci prątków; trwa 7—10 dni; 3) lekka *conjunctivitis catarrhalis* z nieznaczną wydzieliną; dziecko samo oczy otwiera. Aby zapobiedz ciężkim chorobom oka, poleca A. wczesne przestrzykiwanie

pochwy, natychmiastowe oczyszczanie po porodzie powiek i ich otoczenia, ochranianie główki przed wydzieliną z części rodnych matki za pomocą czystego podkładu pod główkę i przestrzeganie, aby woda do kąpieli użyta podczas całego okresu połogowego nie stykała się z twarzą. A. używał do końca r. 1886 rozmaitych zapobiegawczych zakraplań do óczu, które porzucił r. 1887 i tylko dzięki przestrzeganiu wyliczonych wyżéj ostrożności osiągnął tak znakomite rezultaty. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 19) *Dr. Baschkopf.*

Choroby uszne.

Th. Heimann (Warszawa): **Przypadek wyrośli kostnéj ucha zewnętrznego.**

Dotyczy to przypadku zapalenia ropnego ucha środkowego połączonego z naroślą kostną przewód uszny zupełnie zamykającą. Objawy zatrzymania ropy, występujące w bardzo groźny sposób: ból i zawrót głowy, niedowład twarzy, bolesność w okolicy skroni i wyrostka sutkowego na lekkie uderzenie palcami, wskazały usilnie operacyję. Autor usunął wyrośl kostną szeroko siedzącą na tylnéj górnéj ścianie przewodu usznego dłutem i młotem w przeciągu 12 minut, potem przestrzyknął przewód 4% rozczynem kwasu borowego i wytamponował szczelnie za pomocą gazy jodoformowéj. Po 48 godzinach wyjęto gazę i włożono sączek gumowy. Późniéj odnawiano ściśle przeciwgnilny opatrunek co drugi dzień, przyczem się pokazało, że najlżejsze dotykanie rany kostnéj wywoływało zawrót głowy, wzmagający się prawie do mdłości. Gojenie przebiegało bez gorączki, rana operacyjna zabliźniła się, przewód uszny miał światło prawidłowe tak, że zamiast rurki gumowéj włożono zwykły tampon z waty. Przypady z zatrzymania ropy pochodzące znikły również po wyłuszczeniu narośli. Przeciw zapaleniu ropnemu i obfitemu ziarnieniu w jamie bębenkowéj używano kilkakrotnéj operacyi za pomocą zdziergadła pętlicowego, przyżegania galwanokaustycznego, wdmuchiwania kwasu borowego, za pomocą którego to postępowania osiągnięto wyleczenie sprawy zapalnéj i znaczne polepszenie słuchu. (*Ztschr. für Ohrenheilkunde* 1884, Bd. XIX., 3). *Dr. R. Spira.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Dührssen (Berlin): **O krwotokach poporodowych.**

W celu zatamowania krwotoków po porodzie poleca D. tamponadę przewodu pochwowo-macicznego. D. rozporządza 57-miu przypadkami i przy używaniu tamponady we wszystkich tych przypadkach stwierdził, że macica po niéj silnie się kurczy. nie ulegając późniéj zwiotczeniu. Krwotok ustaje: 1) przez skurcz macicy i 2) przez uciśnięcie jéj wewnętrznéj powierzchni. Tamponada pomagała zawsze, gdy inne środki zawiodły. W bezwzględnem zwiotczeniu osiągnięto również za pomocą niéj w wielu przypadkach skurcz macicy; tak samo jest ona odpowiednią w pęknięciach szyjki, łożysku poprzedzającem itp. Ten fakt, że tamponada przewodu maciczno-pochwowego wstrzymuje wszystkie krwotoki całego przewodu rodnego, czyni postępowanie to dla praktyki nadzwyczaj ważnem. Zakażenie gnilne może przytem wystąpić przez przeniesienie zarodków n. p. z pochwy, dla tego używać należy wyjałowionych pasków płóciennych, a względnie, gdzie to jest możebnem, wyjałowionych pasków gazy. Pierwsze można sobie zawsze przygotować, jeśli nie ma pasków gazy, jeżeli się paski płócienne wyparzy w wrzącéj wodzie i potem ochładza. Przez odrażania pochwy unikać należy samozakażenia z pochwy. Paskom gazy jodoformowéj daje autor tylko wtedy pierwszeństwo, jeśli istnieją sprawy rozkładowe w macicy. Tamponady daléj można jeszcze użyć w cięciu cesarskiem i w pęknięciach macicy i to z dobrym skutkiem. W dyskusyi kładzie Olshausen przedewszystkiem nacisk na rozpoznanie, skąd krwotok pochodzi, czy z pęknięcia szyjki, czy z zwiotczenia. Przypadki zakrwawienia wskutek *atonia uteri* uważa za bardzo rzadkie; odrzuca tamponadę jako środek nieodpowiedni. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Wiedow: **O ropniach miednicy.**

Należy odróżnić ropnie miednicy śród- i pozaotrzewnowe; pierwsze usadowione są bocznie od macicy, u ostatnich zaś punktem wyjścia jest otoczenie okołopochwowe. Odróżnienie u żyjącéj jest często bardzo trudnem, a jeszcze trudniejszem od rozstrzygnięcia anatomicznego usadowienia guza jest wykazanie, czy w nim znajduje się ropa lub nie. We wszystkich tych przypadkach, w których z pewnością wykazać można ropę, konieczne jest leczenie operacyjne, mianowicie nacięcie. Tu znowu należy odróżnić ropnie, 1. w których ropa toruje sobie drogę ku skórze lub błonie śluzowéj, od ropni, 2. w których ropa znajduje się na dnie miednicy i 3. i ropni przetokowych. W pierwszym przypadku należy naciąć i koniecznie wskazane jest założenie przeciwotworu; w drugiéj postaci można użyć albo dwuczasowego otwarcia, albo wycięcia kości krzyżowéj i ogonowéj, które w takich przypadkach oddało bardzo dobre usługi, gdyż bardzo łatwo do ropy dostać się można. W ropniach przetokowych konieczne jest oprócz przeciwotworu także założenie sączka. Elischer w Budapeszcie zwraca uwagę na niebezpieczeństwo bardzo szybko rozwijającego się zwyrodnienia skrobiowatego nerek w ropniach miednicy, których nie operujemy. Hirschberg poleca operacyję ze strony pochwy, od któréj Wiedow odradza, zarówno jak od nacięcia odbytnicy, wskazując na niebezpieczeństwo tych zabiegów. (*Münch. m. W.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

C. Fleischmann (Wiedeń): **Przyczynek do nauki o miednicy lejkowatéj.**

Rozpoznanie téj nieprawidłowości miednicy wymaga mierzenia jéj wychodu i oddalenia guzów siedzeniowych od wyrostków kolczystych. Miednica lejkowata jest często przyczyną przeszkód porodowych, gdyż główka zatrzymuje się nad kolcami kości siedzeniowéj, a bóle słabną i w wielu przypadkach t. z. następowego osłabienia bólów porodowych napotykamy właśnie tę nieprawidłowość. Często potrzebne są zabiegi operacyjne a głównie operacyja kleszczowa i te rzadko udają się bez znaczniejszych uszkodzeń bocznych ścian pochwy. Przed założeniem kleszczy radzi używać długi czas trwających pełnych kąpieli ciepłych, ułożenia klęczącego rodzącéj. Jeżeli kleszcze zakładane w różnych wymiarach napotykają na znaczne przeszkody, wtedy radzi natychmiast zmniejszyć pojemność czaszki, gdyż płody i tak z powodu znacznego ucisku w wychodzie miednicy znajdują się w wielkiem niebezpieczeństwie, a jeżeli nawet żywe na świat przychodzą, to późniejszy rozwój umysłowy jest znacznie upośledzony. (*Zeitschr. f. Heilk.* t. IX.). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne i weneryczne.

Hallopeau. **Angina pectoris syphilitica.**

Opisawszy przypadek, w którym na tle kiły wybuchła dusznica bolesna, wyleczona ostatecznie za pomocą jodku potasu, oświadcza się H. za tem, że choroba powstała wskutek zboczeń w zakresie współczulnych gałązek *plexus cardiacus*, które produktami kiły bezpośrednio były drażnione. W końcu podaje następujące wnioski: 1. kiła może tak w wtórorzędnym jak i trzeciorzędnym okresie sprowadzić objawy dusznicy bolesnéj; 2. mogą przebiegać już to jako typowa *Angina pectoris*, już też mogą im towarzyszyć inne objawy nerwowe; 3. *Angina pectoris syph.* powstaje wskutek wytwarzania się tkanki swoistéj w zakresie *plexus cardiacus*; 4. choroba ta może szybko ustąpić pod wpływem leczenia jodem. (*Ann. de Derm. et de Syph.*). *Dr. Baschkopf.*

Notatki lecznicze.

Dwutlenek dwuwodu jako środek przeciw obumarciu szczęki. Z praktyki swéj dentystycznéj opisuje Lohmann w Kassel dwa przypadki obumarcia szczęki, które wyleczył za pomocą przestrzykiwania kilka razy dziennie za pomocą *Hydrog. superoxydatum*; tak samo oddawał mu H_2O_2 znakomite usługi przy ropniach wyrostka zębodołowego, zropiałéj miazdze zębowéj (*pulpa*) i w *Pyorrhoea alveolaris*. L. uważa to połączenie za środek odrażający pierwszorzędnego znaczenia i prosi o doświadczanie go w leczeniu innych obumarć. (*Deutsche med. Woch.* 1889. Nr. 27).

V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Chodziło teraz tylko o odpowiednie plany i kosztorys wydatków. W tym celu na wniosek ministra hr. Tołstoja utworzoną została osobna komisyja, któréj poruczono bez-

zwłocznie tem się zająć. Do składu jéj weszli: Dyrektor departamentu ministeryjum oświaty, tajny radca Bradtke i profesorowie Floryńskij i Mendelejew, a nadto z głosem doradczym akademik, budowniczy Bruni, który w 1879 r. odpowiedni plan wraz z kosztorysem przedstawił ministerstwu oświaty, za co otrzymał wynagrodzenie w ilości 3000 rs. Jednakże wydział techniczno-budowniczy przy ministeryjum spraw wewnętrznych, znalazłszy liczne braki w projekcie Bruniego, zaproponował ze swéj strony akademika, radcę tajnego Giberta dla wygotowania nowego więcéj odpowiedniego projektu, również za wynagrodzeniem 3000 rs. Z powierzonego sobie zadania wywiązał się Gibert pod każdym względem znakomicie. Projekt jego znawcy stawiają bardzo wysoko, że jednak kosztorys przekroczył sumę miliona rubli, gdy tymczasem budowa według projektu Bruniego oszacowaną była na 648,312 rs. 47 kopijek, ministeryjum przechyliło się ostatecznie na rzecz téjże i 14 marca 1880 r. wyznaczyło osobny komitet dla wprowadzenia w wykonanie planu Bruniego. Komitet ten odbywał swe posiedzenia i obrady w Tomsku pod przewodnictwem Tomskiego gubernatora, którym początkowo był podówczas radca stanu W. Miercałow, a następnie Rz. radca stanu J. Krassowskij. Członkami jego byli: Wice-gubernator A. Dmitrjew-Mamonow, zastąpiony następnie przez Wice-gubernatora, Rz. radcę stanu Pietuchowa, głowa miasta, radca handlowy Zacharyjasz Cybulski, po śmierci którego zasiadał prezes izby skarbowéj, rz. radca stanu Hilarow, budowniczy uniwersytetu, inżenier Arnold, po usunięciu którego wyznaczono inżyniera Naronowicza i wielokrotnie już wspomniany prof. Floryńskij. Obowiązki sekretarza sprawował urzędnik do szczególnych poruczeń ministeryjum oświaty radca stanu Bielawskij. Po śmierci gubernatora Krassowskiego w 1885 utworzony został wkrótce zachodnio syberyjski okrąg naukowy, zawiadywanie którym poruczono rz. radcy stanu Floryńskiemu, po uwolnieniu go jednocześnie od obowiązków profesora akuszeryi w Kazaniu, a poleceniu natomiast przewodniczenia w rzeczonym komitecie. Na miejsce prof. Floryńskiego jako członek wszedł do komitetu dotychczasowy sekretarz tegoż Bielawskij, a czynności sekretarza powierzono naczelnikowi kancelaryi kuratora okręgu naukowego p. Tomaszyńskiemu. Odtąd prof. Floryńskij przesiedlił się zupełnie do Tomska, gdy przedtem tylko letnie 3—4 miesięcy tu spędzał, wtedy właśnie gdy roboty prowadzono. Kamień węgielny pod główny gmach Uniwersytetu położono 26 sierpnia (7 września) 1880 r. i dzień ten bardzo uroczyście obchodzono w Tomsku, a budowę ukończono w r. 1886 prawie już zupełnie. Okazało się przytem, że pierwotny kosztorys, przedstawiony przez p. Bruniego, był za mały i powiększono go aż do sumy 761,740 rs., 58$^1/_4$ kop., przeznaczywszy niezależnie od téj sumy 49,725 rs. na urządzenie wodociągu i 26,020 rs. na urządzenie zakładu gazowego

Do wzniesienia gmachu Uniwersyteckiego przyczyniły się w znacznéj mierze oprócz sum, przez rząd wyasygnowanych, a przechodzących z górą 450,000 rs., jeszcze i prywatne ofiary na ogólną sumę 361,923 rs. Z ofiar tych wspomnieć przedewszystkiem należy fundusz złożony przez Demidowa, który wraz z procentami doszedł do poważnéj sumy 182,000 rs. i 140,000 rs., złożone przez Z. Cybulskiego, głowę miasta Tomska, które wraz z procentami wyniosły następnie 158,000 rub. srebrnych.

Otworzenie syberyjskiego Uniwersytetu odbyło się rok temu 23 lipca (3 sierpnia) 1888 r. Było to święto, które uroczyście święciła nietylko cała Syberyja, lecz i Rosyja w ogóle. Dzień ten wszędzie mile i radośnie powitano. Aktu otworzenia dopełnił z polecenia władzy wyższéj wielokrotnie wzmiankowany p. Floryńskij. Mowom, adresom, telegramom, toastom końca nie było. Jedno tylko kupiectwo syberyjskie uczuło się cokolwiek dotkniętem, że ono w tem święcie w znacznéj części zostało pominiętem i być może dlatego nie posypały się ofiary tak szczodrze, jakby się tego spodziewać można było, a i teraz kupiectwo tutejsze w stosunku do Uniwersytetu trzyma się zupełnie na uboczu. Odbija się to na stronie materyjalnéj Uniwersytetu ogromnie, gdyż środki jego są stosunkowo dość szczupłe, a potrzeby wielkie, tak że sumy, przez skarb asygnowane, starczą zaledwie na rzeczy najniezbędniejsze. Przypuszczają powszechnie, że nowi profesorowie nowego Uniwersytetu ten naprężony stosunek najwyższego przybytku nauki do wpływowego i najzamożniejszego pierwiastka ludności tutejszéj stopniowo wyrównają, a wtedy więcéj będzie ofiar prywatnych niż dotąd, zaczem pójdzie podniesienie instytucyi pod każdym względem. Dobrych chęci i szczerych usiłowań wprowadzenia młodéj Tomskiéj wszechnicy odrazu na stanowisko poważne, jakich liczne dowody składają tutejsi dotychczasowi profesorowie, przeważnie ludzie młodzi, niedość: bicza z piasku jeszcze nikt nie ukręcił!

Tomsk przedstawia miasto pod względem ludności największe na całéj Syberyi. Liczy ono dzisiaj z górą 40,000 mieszkańców. Rozrzucone jest na bardzo wielkiéj stosunkowo przestrzeni i przedstawia formę wydłużoną. Długość największéj ulicy, w różnych częściach różne miano noszącéj, około 6 wiorst wynosi. Ponieważ Uniwersytet leży prawie że na samym końcu miasta, a mianowicie w stronie południowo-zachodniéj tegoż, w części najmniéj zaludnionéj, komunikacyja przeto między nim, a środkiem miasta i w ogóle więcéj zaludnionemi dzielnicami dosyć jest utrudnioną. Przestrzeń na jego wzniesienie ofiarowało miasto; wynosi ona 89,422 kw. sążni, jest więc bezwarunkowo większą, aniżeli place, na których wzniesione zostały inne rosyjskie Uniwersytety.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 26 września. Pan Minister Oświecenia potwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lekar., nadającą Drowi Aleksandrowi Bossowskiemu *veniam legendi* z chirurgii.

* Rok szkolny rozpocznie się pod szczęśliwą gwiazdą. Dn. 5-go października r. b. odbędzie się uroczyste otwarcie nowego gmachu dla kliniki chirurgicznéj. Uroczystość uświetnią obecnością swoją p. Minister Gautsch oraz p. Namiestnik hr. Badeni. Według programu uroczystość rozpocznie się od nabożeństwa, odbyć się mającego o godzinie 9$^1/_2$-téj zrana w kościele szpitala świętego Łazarza, a celebrować będzie JE. książe biskup; następnie starszy inżynier p. Sare wręczy klucz nowego zakładu p. Rektorowi, ks. Biskup poświęci budynek, a tymczasem profesorowie i uczniowie zbiorą się w przyszłéj sali operacyjnéj; przemówią naprzód X. Biskup i p. Minister, a odpowie tegoroczny rektor prof. Korczyński; dziekan Wydziału lekar. prof. Łazarski odda zakład przyszłemu jego dyrektorowi prof. Rydygierowi, przemówienia jego oraz jednego ze studentów zakończą uroczystość. Wieczór profesorowie Uniwersytetu urządzają raut w sali Towarzystwa ubezpieczeń od ognia, na którym obecni będą p. Minister i p. Namiestnik, poczem obaj pociągiem nocnym wyjadą do Lwowa.

* W sprawie Zjazdu chirurgów polskich otrzymaliśmy pismo następujące:

Poświęcenie nowego gmachu kliniki chirurgicznéj nastąpi nie 15, ale już 5 października r. b. ze względu na życzenie p. Ministra, który tylko w tym czasie może wziąść udział w uroczystości. Nie wpłynie to bynajmniéj na czas Zjazdu, który odbędzie się, jak zapowiedziano, dnia 16—17 października.

Prof. Dr. Rydygier.

Dalszy spis zapowiedzianych wykładów:

16) Dr. Stankiewicz (z Warszawy): O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego.

17) Dr. Zielewicz (z Poznania): Leczenie wrzodów goleniowych za pomocą transplantacyi skóry.

18) Tenże: Konserwatywne leczenie raka wargi dolnéj.

19) Tenże: Zastósowanie kreoliny w chirurgii.

20) Dr. Barącz (ze Lwowa): Siedm przypadków promienicy (aktinomykosis) z demonstracyją chorych wyleczonych.

21) Tenże: O wartości podwiązania tętnic kręgowych przy padaczce, na podstawie sześciu przypadków w ten sposób operowanych.

22) Tenże: Dwa przypadki resekcyi jelit z uwagami o szwie jelitowym, na podstawie pięciu przez siebie wykonanych resekcyj jelit.

23) Tenże: Nowy sposób operowania polipów noso-połykowych.

24) Tenże: Demonstracyje chorych i preparatów.

25) Dr. Obtułowicz (z Buczacza): Pięćdziesiąt przypadków operowanych raków, przeważnie wargi dolnéj.

26) Dr. Bujwid (z Warszawy): Hodowla grzybka promienicy; demonstracyja sposobu hodowania preparatów i fotogramów.

27) Dr. Schramm (ze Lwowa): O leczeniu gruźlicy kości i stawów u dzieci.

28) Dr. Cybulski (z Krakowa): Badania doświadczalne nad uciskiem mózgu.

29) Dr. Trzebicky (z Krakowa): O operacyjnem leczeniu hemoroid.

30) Dr. Drobnik (z Królewca): Demonstracyja przyrządu do wyleczenia stopy szpotawéj.

31) Dr. Bossowski (z Krakowa): Zabiegi eksperymentalne na kręgosłupie zwierzęcym.

Sprostowanie: Przez omyłkę podano w pierwszym spisie „Dr. Ziembiński“ zamiast „Dr. Ziembicki“.

* Czytamy w „Czasie“: „Komisyja wydelegowana z łona Magistratu m. Krakowa do zrewidowania chajderów, przedstawiła trzy chajdery do natychmiastowego zamknięcia, a ponieważ żaden nie odpowiada wymogom sanitarnym, jakie przedstawiło ministerstwo spraw wewnętrznych w jednem z najświeższych rozporządzeń, przeto Magistrat prawdopodobnie poleci niebawem wszystkie pozamykać“.

A więc nareszcie nabyto przekonania, że żaden chajder nie odpowiada wymogom sanitarnym, co przecież od dawien dawna było powszechnie znanem, jak też było wiadomem, że zakłady te wprost były i są szkodliwemi pod względem dydaktycznym, społecznym i t. d. Mimo to jakoś nie wierzymy w rychłe ich zamknięcie, byłoby to bowiem rzeczą za nadto piękną, a my lubujemy się w rzeczach szpetnych. Na jednę tylko okoliczność zwracamy uwagę: jeżeli taki stan rzeczy sprawdzono w Krakowie, cóż dopiero dzieje się w małych miasteczkach galicyjskich!

* Dr. Stachiewicz po 4-letniéj praktyce w Görbersdorfie przeniósł się do Lwowa, gdzie praktykę wykonywać będzie.

* **Heidelberg**. Dn. 18 b. m. otwarty został tu Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich. Na pierwszem ogólnem posiedzeniu obecny był W. X. Badeński. Po przywitaniu przez Ministra Oświecenia, burmistrza, rektora Uniwersytetu i prof. Virchowa, jako przewodniczącego Wydziału gospodarczego, mieli wykłady proff. Meyera i Volgera. Największe zaś zajęcie budziła demonstracyja fonografu w obecności wynalazcy Edisona.

* **Berlin**. Dla X Zjazdu międzynarodowego, w roku przyszłym odbyć się mającego, wybrano przewodniczącymi Bergmanna, Leydena, Virchowa i Waldeyera a sekretarzem jeneralnym Lassara.

† **Anglija**. Najwięcéj członków z towarzystw lekarskich liczy obecnie bez wątpienia Towarzystwo lekarskie angielskie (*The British medical Association)*, bo 12,858 członków. Filije towarzystwa znajdują się na Malcie, w Australii, Gwijanie angielskiéj, Indyjach wschodnich i zachodnich i t. d.

† **Portugalija**. W Portugalii zabroniono dawania publicznych przedstawień hypnotycznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec**. W półroczu przyszłem letniem ma być systemizowaną katedra hygieny, którą ma otrzymać Dr. Fraenkel, 1-szy asystent przy zakładzie berlińskim. — **Budapeszt**. Prof. Thanhofer proponowany przez Wydział na prof. anatomii opisowéj po Lenhossku, nie został potwierdzony, a gdy Lenhossek młodszy, dotychczasowy zastępca, przeniósł się do Bazylei jako prosektor, poruczono wykłady anatomii prof. Mihálkovicsowi. — **Rostok**. Prof. okulistyki Zehender przeniósł się w stan spoczynku; na katedrę jego powołany został Dr. Berlin ze Stuttgartu. — **Fryburg**. Docent okulistyki Dr. Knies mianowany został prof. nadzw. — **Cagliari**. Dr. Lustig, rodem z Austryi, mianowany prof. patologii ogólnéj. — **Rio de Janeiro**. Dr. Paweł Carvalho, mianowany prof. fizyjologii. — **Worcester**. W stanie Massachusets otwarto nowy uniwersytet, założony przez Jonasza Clarka kapitałem 55 milionów marek. — **Paryż**. Prof. Brown-Séquard uwolniony został od obowiązków wykładania fizyjologii, a zastępstwo poruczono asystentowi Drowi Arsondalowi (miałożby to być słusznem następstwem ostatnich występów zasłużonego dawniéj fizyjologa?) — **Dorpat**. Dotychczasowy rektor znany fizyjolog Dr. Aleksander Schmidt wybrany został ponownie na 4 lata rektorem Uniwersytetu. — **Petersburg**. Docent prywatny Popow mianowany został profesorem desmurgii i mechanurgii w Akademii wojskowo-lekarskiéj.

* **Odznaczenia**. W dniu imienin Cesarza ross. zostali odznaczeni następujący lekarze wojskowi: orderem św. Stanisława kl. 1-széj: prof. Jan Mierzejewski w Petersburgu; ord. św. Włodzimierza kl. 3-ciéj: Józef Monkiewicz, Józef Wilkomirski, Antoni Ziemięcki i Józefat Ulanowski, orderem Włodzimierza kl. 4-téj: Józef Talko; ord. św. téj Anny kl. 2 éj: Edmund Laks, Kazimierz Rosenthal, Feliks Szypiński, Stanisław Sulicki, Józef Słuszko-Ciapiński; orderem Anny klasy 3 ciéj: Dymitr Sakowicz, Erast Horbacewicz, Otton Nowicki, Aleksander Lissowski, Wacław Szymański, Fran. Zalewski, Aleksander-Zygmunt Wanowski, Wacław-Zdzisław Bogucki, Leopold Józefowicz, Paweł Maciejowski, Jan Rzymowski, Stefan-Józef Tomkiewicz; orderem Stanisława kl. 2-giéj: Konrad Rumszewicz, Wincenty Wojnicz, Adam Żukowski, Jan Filipowicz, Franciszek-Józef Bieniecki, Ignacy Wojszwiłło, Antoni Grabowski; orderem Stanisława kl. 3-ciéj: Edward Adamowicz, Konstanty Daszkiewicz, Stan.-Wincenty Grabowski, Edward Warzejewski, Wojciech Tyniński, Wiktor Starzyński, Jan Pruszkowski, Władysław Wnorowski, Aleksander Pawczyński, Jan Sokołowski, Konstanty Pietraszewicz, Kaźmierz Żukowski. Podziękowanie monarsze otrzymali: Kuszelewski, Topczewski i Minkiewicz (dywiz. lekarz).

Dr. J. T.

* **Mianowanie**. Prymaryjusz Dr. Benjamin Cumpelik mianowany został dyrektorem krajowego zakładu dla obłąkanych w Pradze czeskiéj.

* **Wiadomości osobowe**. Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Stefan Karaś w Raguzie i Tadeusz Czyszczan we Wiedniu; lekarzem asystentem w obronie krajowéj Dr. Michał Tylka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 37: Gabszewicza: Przypadek wycięcia nerki lewéj. — W Nrze 38: Poznańskiego: Drugie sprawozd. z oddz. chir. szpit. dla dzieci fundacyi mał. Bersonów i Baumanów. — W *Gazecie Lekar.* Nr. 38: Nenckiego: O rozkładzie białka pod wpływem anerobów (dok.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. — W *Zdrowiu* Nr. 48: Biegańskiego: Opis sanit. fabryki worków jutowych; Rauma: Obecny stan wiadomości o wpływie światła na bakteryje; Tchórznickiego: Dyfteryja i kwarantany (dok.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra WAGNERA: Nieskołko nabliudenii nad krowoostonawliwajuszczym diejstwiem pastuszéj sumki (Capsulae bursae patell.) (Odbitka z *Wracza*, Nr. 17, 1889) in 8-vo str. 8. — Dr. J. KARLIŃSKI: Ü. d. Verhalten d. Typhusbacillus im Brunnenwasser (Odbitka z *Archiv f. Hygiene*) in 8-vo str. 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.